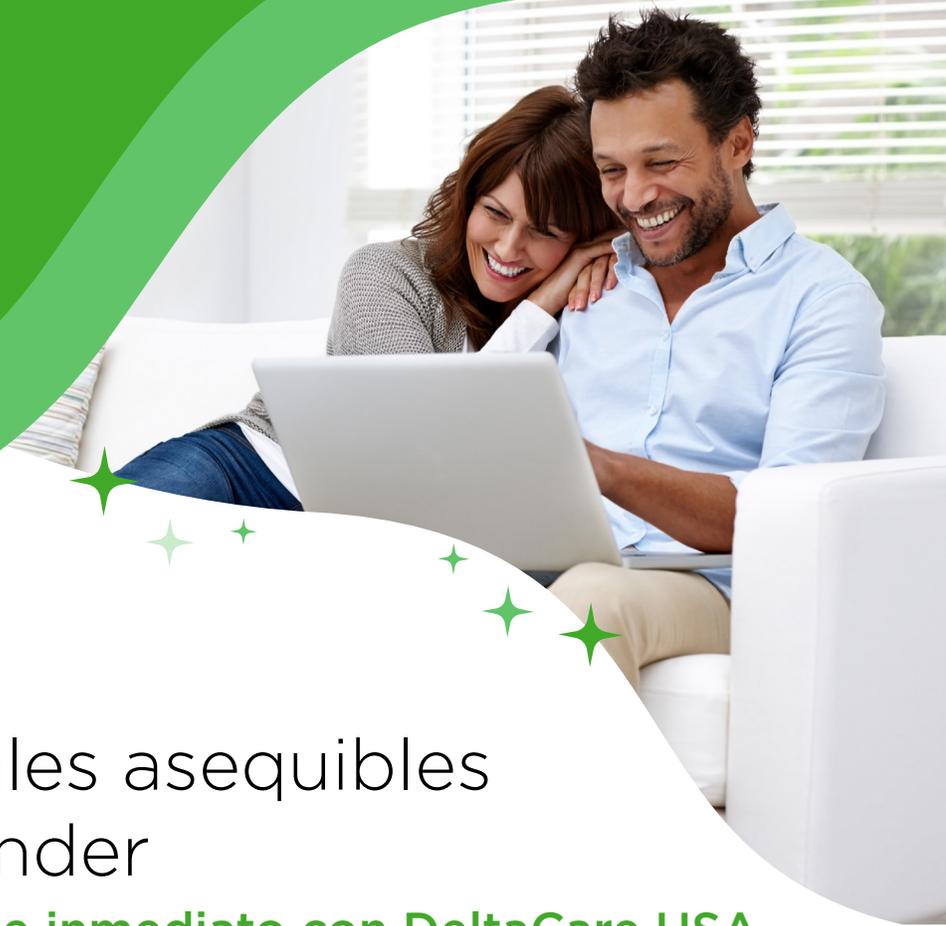


DeltaCare® USA

Delta Dental Individual & Family™

DeltaCare USA
HMO dental familiar



COVERED
CALIFORNIA

Beneficios dentales asequibles y fáciles de entender

Obtén atención dental de inmediato con DeltaCare USA

¿Los planes de DeltaCare USA son adecuados para mí?

Con costos fijos fáciles de entender y precios asequibles, DeltaCare USA es excelente para personas con presupuesto limitado. Los planes de DeltaCare USA:

- Incluyen costos fijos (también conocidos como copagos) para servicios dentales cubiertos.
- No tienen periodos de espera para ningún procedimiento cubierto, incluso para servicios mayores.
- No tienen ningún copago o tienen copagos bajos para el cuidado preventivo y de diagnóstico.

Para usar tu plan, debes consultar al dentista de DeltaCare USA que hayas elegido. ¡Pero no te preocupes! Si necesitas atención dental de emergencia, aun cuando estés lejos de tu hogar, tienes cobertura gracias a una disposición para servicios de emergencia¹.

Suscriptor

Delta Dental of California
P.O. Box 660138
Dallas, TX 75266

Reclamaciones y Correspondencia

P.O. Box 1803
Alpharetta, GA 30023

Servicio al Cliente

888-282-8528

es.deltadentalins.com/exchange

¹ Consulta la póliza del plan para obtener una descripción de los beneficios, las limitaciones y las exclusiones del plan. **Consulta la lista completa de copagos**, además de las limitaciones y exclusiones, o llama al **888-282-8528**.

Delta Dental Insurance Company opera como administradora de DeltaCare USA en todos los estados.

Delta Dental y DeltaCare USA son marcas registradas de la Asociación de Planes de Delta Dental.

¿Cómo funciona DeltaCare USA?

Si estás familiarizado con los planes de seguro del estilo que ofrece una Organización para el Mantenimiento de la Salud (HMO, por sus siglas en inglés), DeltaCare USA te resultará fácil de entender.

Cuando consultes al dentista de DeltaCare USA que elegiste para recibir atención, simplemente pagarás los copagos mencionados en los documentos del plan por cualquier servicio cubierto que recibas. Dado que no hay periodos de espera ni deducibles (las cantidades mínimas que debes pagar antes de que el plan comience a ayudar con los costos), puedes aprovechar al máximo tus beneficios el primer día que comience la cobertura.

No necesitas una tarjeta de identificación para recibir atención. Simplemente proporciona tu información al dentista para que encuentre tu cobertura.



Consejos importantes

- Siempre consulta al dentista de cuidado primario de DeltaCare USA que elegiste para recibir atención. Es fácil cambiar de dentista en cualquier momento en línea o por teléfono².
- Encuentra un dentista de DeltaCare USA cerca de ti con la **herramienta de búsqueda Buscar un dentista**. Busca las calificaciones incorporadas de Yelp® y DentaQual® para que te ayuden a encontrar un dentista que te guste.
- Revisa la información importante del plan en la página siguiente para ver los copagos de los servicios cubiertos más comunes. También puedes **consultar la lista completa de copagos** o la **página de planes del mercado de seguros de salud** para obtener más información.

Lee cuidadosamente tu póliza. Este folleto proporciona una descripción breve de las características importantes de tu póliza. Este documento no es la póliza de seguro y solo las disposiciones de la póliza prevalecerán. La póliza en sí misma establece a detalle los derechos y las obligaciones tanto para ti como para tu compañía de seguros. Por lo tanto, es importante que leas cuidadosamente tu póliza.

² Los cambios recibidos entre los días 1 y 15 del mes entran en vigencia de inmediato. Los cambios recibidos entre el día 16 y fin de mes entrarán en vigencia el primer día del mes siguiente.

Delta Dental Individual & Family™

DeltaCare® USA | HMO dental familiar

Información importante del plan

Deducibles y límites máximos	Beneficios pediátricos (hasta los 19 años)	Beneficios para adultos (mayores de 19 años)
Deducible Afiliado Familia	Ninguno Ninguno	Ninguno Ninguno
Límite máximo de los gastos de bolsillo Después de que se alcance esta cantidad, el plan paga el 100 % de los servicios cubiertos restantes por año calendario.	\$350 por un afiliado pediátrico \$700 por dos o más afiliados pediátricos	Ninguno

Ejemplos de servicios cubiertos¹

Código de procedimiento	Descripción ²	Cantidad del copago ³	
		Beneficios pediátricos	Beneficios para adultos
Servicios de diagnóstico y prevención			
D0999	Visita al consultorio	Sin cargo	Sin cargo
D0120	Examen oral periódico, paciente establecido	Sin cargo	Sin cargo
D0150	Evaluación completa de la boca, paciente nuevo o establecido	Sin cargo	Sin cargo
D0210	Serie completa de radiografías intraorales	Sin cargo	Sin cargo
D0220	Radiografía periapical de la raíz dental	Sin cargo	Sin cargo
D0230	Radiografía periapical de la raíz dental, cada imagen adicional	Sin cargo	Sin cargo
D0272	Radiografías de aleta de mordida (2 imágenes)	Sin cargo	Sin cargo
D0274	Radiografías de aleta de mordida (4 imágenes)	Sin cargo	Sin cargo
D0330	Radiografía panorámica	Sin cargo	Sin cargo
D1110	Profilaxis (limpieza), adultos	Sin cargo	Sin cargo
D1120	Profilaxis (limpieza), niños	Sin cargo	Sin cobertura
D1208	Tratamiento con flúor	Sin cargo	Sin cargo
D1351	Sellador, por diente	Sin cargo	Sin cobertura

¹ Los beneficios incluidos representan los servicios usados con más frecuencia cubiertos bajo tu plan; es posible que también haya otros servicios cubiertos. Después de la inscripción, DeltaCare USA pondrá a disposición una lista completa de servicios cubiertos y copagos, junto con las limitaciones y exclusiones que correspondan. Si corresponde, las áreas de servicio se detallan en las limitaciones y exclusiones.

² Los copagos y las descripciones de procedimientos a los que se hace referencia antes tienen por objeto aclarar la prestación de los beneficios del plan de DeltaCare USA. No deben interpretarse como nomenclatura o descriptores del nomenclador dental actual para 2025 (CDT-2025, por sus siglas en inglés), que están bajo los derechos de autor de la Asociación Dental Americana (ADA, por sus siglas en inglés).

³ El copago es la cantidad que el afiliado paga por los servicios cubiertos en el momento del tratamiento.

Código de procedimiento	Descripción ²	Cantidad del copago ³	
		Beneficios pediátricos	Beneficios para adultos
Servicios básicos			
D2140	Empaste de amalgama (color plateado), 1 superficie	\$25	\$25
D2150	Empaste de amalgama (color plateado), 2 superficies	\$30	\$30
D2160	Empaste de amalgama (color plateado), 3 superficies	\$40	\$40
D2330	Empaste de resina (del color del diente), diente frontal, 1 superficie	\$30	\$30
D2331	Empaste de resina (del color del diente), diente frontal, 2 superficies	\$45	\$45
D2332	Empaste de resina (del color del diente), diente frontal, 3 superficies	\$55	\$55
D2391	Empaste de resina (del color del diente), diente posterior, 1 superficie	\$30	\$30
D2392	Empaste de resina (del color del diente), diente posterior, 2 superficies	\$40	\$40
D2393	Empaste de resina (del color del diente), diente posterior, 3 superficies	\$50	\$50
Endodoncia			
D3310	Tratamiento de conducto, diente frontal	\$195	\$200
D3320	Tratamiento de conducto, diente premolar	\$235	\$235
D3330	Tratamiento de conducto, diente molar	\$300	\$300
Periodoncia			
D4260	Cirugía periodontal, por cuadrante	\$265	\$265
D4341	Limpieza de sarro periodontal y alisado radicular, cuatro o más dientes por cuadrante	\$55	\$55
D4910	Mantenimiento periodontal	\$30	\$30
Cirugía oral			
D7140	Extracción de un diente completamente expuesto	\$65	\$65
D7210	Extracción de diente erupcionado (expuesto)	\$120	\$115
D7240	Extracción de un diente completamente traumatizado, apoyo óseo total	\$160	\$160
Servicios mayores			
D2750	Corona, porcelana y metal precioso	Sin cobertura	\$300
D2790	Corona, metal precioso	Sin cobertura	\$300
D5110	Dentadura postiza superior completa	\$300	\$400
D6240	Puente, pónico, porcelana y metal precioso	Sin cobertura	\$300
Ortodoncia			
D8080	Servicios pediátricos ⁴	\$350	Sin cobertura

⁴ Los servicios de ortodoncia para afiliados pediátricos deben cumplir la necesidad médica según lo determine un dentista contratado.

Can you read this document? If not, we can have somebody help you read it. You may also be able to get this document written in your language. For free help, please call 888-282-8528 (TTY: 711).

¿Puede leer este documento? Si no, podemos encontrar a alguien que lo ayude a leerlo. También puede obtener este documento escrito en su idioma. Para obtener ayuda gratuita, llame al 888-282-8528 (servicio de retransmisión TTY deben llamar al 711). (Spanish)

您能自行閱讀本文件嗎？如果不能，我們可請人幫助您閱讀。您還可以請人以您的語言撰寫本文件。如需免費幫助，請致電 888-282-8528 (TTY: 711)。(Chinese)

Nababasa mo ba ang dokumentong ito? Kung hindi, may tao kaming makakatulong sa iyong basahin ito. Maaari mo ring makuha ang dokumentong ito nang nakasulat sa iyong wika. Para sa libreng tulong, pakitawagan ang 888-282-8528 (TTY: 711). (Tagalog)

Bạn có đọc được tài liệu này không? Nếu không, chúng tôi sẽ cử một ai đó giúp bạn đọc. Bạn cũng có thể nhận được tài liệu này viết bằng ngôn ngữ của bạn. Để nhận được trợ giúp miễn phí, vui lòng gọi 888-282-8528 (TTY: 711). (Vietnamese)

이 문서를 읽으실 수 있습니까? 읽으실 수 없으면 다른 사람이 대신 읽어드릴 수 있습니다. 한국어로 번역된 문서를 받으실 수도 있습니다. 무료로 도움을 받기를 원하시면 888-282-8528 (TTY: 711)번으로 연락하십시오. (Korean)

Դուք կարող եք կարդալ այս փաստաթուղթը: Եթե ոչ, մենք որևէ մեկին կգտնենք, ով կօգնի ձեզ կարդալ: Դուք կարող եք նաև այս փաստաթուղթը ստանալ գրված ձեր լեզվով: Անվճար օգնության համար խնդրում ենք զանգահարել 888-282-8528 (TTY 711): (Armenian)

آیا می توانید این متن را بخوانید؟ در صورتی که نمی توانید، ما قادریم از شخصی بخواهیم تا در خواندن این متن به شما کمک کند. همچنین ممکن است بتوانید این متن را به زبان خود دریافت کنید. برای کمک رایگان با این شماره تماس بگیرید: 888-282-8528 (TTY: 711). (Persian Farsi)

هل تستطيع قراءة هذا المستند؟ إذا كنت لا تستطيع، يمكننا أن نوفر لك من يساعدك في قراءتها. ربما يمكنك أيضًا الحصول على هذا المستند مكتوبًا بلغتك للمساعدة المجانية اتصل بـ 888-282-8528 (TTY: 711). (Arabic)

Вы можете прочитать этот документ? Если нет, мы можем предоставить вам кого-нибудь, кто поможет вам прочитать его. Вы также можете получить этот документ на своем языке. Для получения бесплатной помощи, просьба звонить по номеру 888-282-8528 (телетайп: 711). (Russian)

क्या आप इस दस्तावेज़ को पढ़ सकते हैं? यदि नहीं, तो हम इसे पढ़ने में आपकी सहायता करने हेतु किसी की व्यवस्था कर सकते हैं। आप इस दस्तावेज़ को अपनी भाषा में लिखा हुआ भी प्राप्त कर सकते हैं। निशुल्क सहायता के लिए, कृपया यहाँ कॉल करें 888-282-8528 (TTY: 711)। (Hindi)

この文書をお読みになれますか？お読みになれない場合には音読ボランティアを手配させていただきます。この文書をご希望の言語に訳したものをお送りできる場合もあります。無料のサポートについては、888-282-8528 (TTY: 711) までお問い合わせください。(Japanese)

ਕੀ ਤੁਸੀਂ ਇਸ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹ ਸਕਦੇ ਹੋ? ਜੇਕਰ ਨਹੀਂ, ਤਾਂ ਅਸੀਂ ਇਸ ਨੂੰ ਪੜ੍ਹਨ ਵਿੱਚ ਤੁਹਾਡੀ ਮਦਦ ਕਰਨ ਲਈ ਕਿਸੇ ਵਿਅਕਤੀ ਨੂੰ ਲਿਆ ਸਕਦੇ ਹਾਂ। ਤੁਹਾਨੂੰ ਇਹ ਦਸਤਾਵੇਜ਼ ਆਪਣੀ ਭਾਸ਼ਾ ਵਿੱਚ ਲਿਖਿਆ ਹੋਇਆ ਵੀ ਪ੍ਰਾਪਤ ਹੋ ਸਕਦਾ ਹੈ। ਮੁਫਤ ਵਿੱਚ ਮਦਦ ਲਈ, ਕਿਰਪਾ ਕਰਕੇ 888-282-8528 (TTY: 711) ਨੂੰ ਕਾਲ ਕਰੋ। (Punjabi)

Koj nyeem puas tau daim ntawv no? Yog koj nyeem tsis tau, peb muaj neeg pab nyeem rau koj. Tsis tas li ntawd xwb, tej zaum kuj muab daim ntawv no sau ua koj hom lus tau thiab. Yog yuav thov kev pab dawb, thov hu rau 888-282-8528 (TTY: 711). (Hmong)

តើលោកអ្នកអាចអានឯកសារនេះបានទេ? បើសិនមិនអាចទេ យើងអាចឱ្យនរណាម្នាក់ជួយអានឱ្យលោកអ្នក។ លោកអ្នកក៏អាចទទួលបានឯកសារនេះជាលាយលក្ខណ៍អក្សរជាភាសារបស់លោកអ្នកផងដែរ។ សម្រាប់ជំនួយឥតគិតថ្លៃ សូមទូរស័ព្ទទៅ 888-282-8528 (TTY: 711)។ (Cambodian)

คุณสามารถอ่านเอกสารนี้ได้หรือไม่? หากไม่ได้ เราสามารถหาคนมาช่วยคุณอ่านได้ นอกจากนี้ คุณยังสามารถรับเอกสารนี้ที่เขียนในภาษาของคุณได้อีกด้วย รับความช่วยเหลือฟรีได้โดยโทรไปที่ 888-282-8528 (TTY: 711) (Thai)